

**METHODIST LE BONHEUR HEALTHCARE**  
**JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Methodist Le Bonheur Healthcare (including our hospitals, nursing homes, hospices, physician and physician offices, etc.) make and keep records of your medical and billing information. While you are a patient within our Health System, we will use and disclose your medical information - Methodist Le Bonheur Healthcare (incluidos nuestros hospitales, hogares de ancianos, centros para enfermos terminales, médicos y consultorios médicos, etc.) realiza y mantiene registros de su información médica y de facturación. Mientras sea paciente dentro de nuestro sistema de salud, usaremos y divulgaremos su información médica:

- To provide treatment to you and to keep a record describing your care,
- To receive payment for the care we provide,
- To administer and conduct business relating to the services and facilities of the Health System, and
- To comply with federal and state law.
- Para brindarle tratamiento y llevar un registro que describa su atención médica
- Para recibir pagos por la atención que le brindamos
- Para administrar y llevar a cabo negocios en relación con los servicios y las instalaciones del sistema de salud
- Para cumplir con las leyes federales y estatales

This Notice summarizes the ways Methodist Le Bonheur Healthcare and those noted below may use and disclose medical information about you. It also describes your rights and our duties regarding the use and disclosure of your medical information. This Notice applies to all records of your care held within the Health System.

Este aviso resume las maneras en que Methodist Le Bonheur Healthcare y las personas que figuran a continuación pueden usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones en relación con el uso y la divulgación de su información médica. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención mantenidos dentro del sistema de salud.

When we use the word "we" or "Health System" we mean all the persons/entities covered by this Notice and listed below, its affiliates, medical professionals and other persons/companies who assist us with your treatment, payment or our business as a health care provider.

Cuando usamos la palabra "nosotros" o "sistema de salud" nos referimos a todas las personas/entidades que contempla este aviso y se incluyen a continuación, sus

afiliadas, profesionales médicos y otras personas/empresas que nos brindan ayuda con su tratamiento, pagos y nuestro negocio como proveedores de atención médica.

We are required by law -

Por ley, debemos hacer lo siguiente:

- To keep your medical information confidential
- To make available to you this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your medical information; and
- To follow the terms of the Notice that is currently in effect.
- Mantener la confidencialidad de su información**
- Poner a su disposición este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica**
- Respetar los términos del aviso vigente**

PERSONS/ENTITIES COVERED BY THIS NOTICE

**PERSONAS/ENTIDADES QUE CONTEMPLA ESTE AVISO**

- All employees, staff, and other Health System personnel;
- The following entities, sites and locations:
- Todos los empleados, el personal y otros integrantes del personal del sistema de salud**
- Las siguientes entidades, centros y ubicaciones:**

Methodist Healthcare–Memphis Hospitals: Methodist University Hospital, Methodist North Hospital, Methodist South Hospital, Methodist Le Bonheur Germantown Hospital, Le Bonheur Children’s Hospital; Methodist Healthcare–Olive Branch Hospital, and Methodist Healthcare Foundation, Le Bonheur Children’s Hospital Foundation. In addition, these entities, sites and locations may share medical information with each other for your treatment, payment and administrative purposes described in this Notice; Methodist Healthcare–Hospitales de Memphis: Methodist University Hospital, Methodist North Hospital, Methodist South Hospital, Methodist Le Bonheur Germantown Hospital, Le Bonheur Children’s Hospital; Methodist Healthcare–Olive Branch Hospital, y Methodist Healthcare Foundation, Le Bonheur Children’s Hospital Foundation. Además, estas entidades, centros y ubicaciones pueden compartir la información médica entre sí para fines administrativos, de tratamientos y pagos descritos en este aviso.

- For a full list of entities covered by this notice, please see [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)
- Persons or entities performing services for the Health System under agreements containing privacy and security protections or to which disclosure of medical information is permitted by law;
- Persons or entities with whom the Health System participates in managed care arrangements;
- Our volunteers and medical, nursing and other health care students; and

- Members of the Health System Medical Staff and other medical professionals involved in your care or performing peer review, quality improvement, medical education and other services for the Hospital.
- Para obtener una lista completa de las entidades que contempla este aviso, visite [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)
- Personas o entidades que brinden servicios para el sistema de salud según los acuerdos que contienen las protecciones de privacidad y seguridad o a las cuales se permite por ley la divulgación de la información médica
- Personas o entidades con las que participa el sistema de salud en los acuerdos de atención administrada
- Nuestros voluntarios y estudiantes médicos, de enfermería y otros estudiantes de atención médica
- Los miembros del personal médico del sistema de salud y otros profesionales médicos que participen en su atención o realicen revisiones de expertos y brinden servicios para la mejora de la calidad, formación médica y otros servicios para el hospital

USES AND DISCLOSURES OF YOUR MEDICAL INFORMATION  
USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

We use and disclose medical information in the ways described below.

Utilizamos y divulgamos la información médica de las maneras que se describen a continuación.

**Treatment.** We may use your medical information to provide medical treatment or services to you. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, therapists, medical, nursing or other health care students, or other personnel taking care of you inside and outside of our Health System. We may use and disclose your medical information to coordinate or manage your care. As examples, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process, or the doctor may need to tell the dietitian if you have diabetes so you can have appropriate meals. Departments within the Health System may share your medical information to schedule the tests and procedures you need, such as prescriptions, laboratory tests and x-rays. We also may disclose your medical information to health care facilities if you need to be transferred from a Health System facility to another hospital, a nursing home, a home health provider, rehabilitation center, etc. We also may disclose your medical information to people outside the Health System who are involved in your care while you are here or after you leave the Health System, such as other health care providers, family members or pharmacists.

**Tratamiento.** Es posible que usemos su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeros, técnicos, terapeutas, estudiantes de medicina, enfermería u otros estudiantes de atención médica, o a los demás integrantes del personal que le brinden cuidados dentro o fuera de nuestro sistema de salud. Podemos usar y divulgar su información médica para coordinar o administrar su atención. Por ejemplo, es posible que un médico que lo trata por una fractura de pierna necesite saber si tiene diabetes porque esta afección puede retrasar el proceso de curación, o bien, el médico tal vez tenga que informarle al

especialista en nutrición si usted tiene diabetes, para que usted pueda recibir las comidas adecuadas. Los departamentos que pertenecen al sistema de salud pueden compartir su información médica para programar las pruebas y los procedimientos necesarios, por ejemplo, medicamentos recetados, pruebas de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar su información médica a los centros de atención médica si tiene que ser trasladado del centro del sistema de salud a otro hospital, hogar de ancianos, proveedor de atención domiciliaria, centro de rehabilitación, etc. Es posible que también divulguemos su información médica a personas externas al sistema de salud que participan en su atención durante su estadía en este sistema o al retirarse, como otros proveedores de atención médica, familiares o farmacéuticos.

**Payment.** We may use and disclose your medical information so that the treatment and services you receive can be billed and collected from you, an insurance company or another company or person. As examples, we may give your insurance company (e.g., Medicare, Medicaid, CHAMPUS/TRICARE, or a private insurance company) information about surgery you received so your insurance company will pay us for the surgery. We also may tell your insurance company about a treatment you are going to receive in order to determine whether you are eligible for coverage or to obtain prior approval from the company to cover payment for the treatment. We could disclose your information to a collection agency to obtain overdue payment. We might also be asked to disclose information to a regulatory agency or other entity to determine whether the services we provided were medical necessary or appropriately billed.

**Pago.** Podemos usar y divulgar su información médica de modo que el tratamiento y los servicios que recibe se le puedan facturar y cobrar a usted, a la compañía aseguradora o a otra compañía o persona. Por ejemplo, podemos brindarle a su compañía aseguradora (p. ej., Medicare, Medicaid, CHAMPUS/TRICARE o una compañía aseguradora privada) información sobre la cirugía a la que se sometió, para que dicha compañía pague el costo de la cirugía. También podemos informarle a su compañía aseguradora sobre el tratamiento que recibirá, a fin de determinar si es elegible para obtener la cobertura o la autorización previa de la compañía para cubrir el pago del tratamiento. Es posible que divulguemos su información a una agencia de cobro para obtener el pago atrasado. También podrían pedirnos que divulguemos la información a un organismo regulatorio u otra entidad, para determinar si los servicios que brindamos fueron médicamente necesarios o se facturaron correctamente.

**Health Care Operations.** We may use and disclose your medical information for any operational function necessary to run the Health System and its facilities as a business and as a licensed/certified/accredited facility, including uses/disclosures of your information such as in the following examples: (1) Conducting quality or patient safety activities, population-based activities relating to improving health or reducing health care costs, case management and care coordination, and contacting of health care providers and you with information about treatment alternatives; (2) Reviewing health care professionals' backgrounds and grading their performance, conducting training programs for staff, students, trainees, or practitioners and non-health care professionals; performing accreditation, licensing, or credentialing activities; (3) Engaging in activities related to health insurance benefits, (4) Conducting or arranging for medical review, legal services, and auditing functions; (5) Business planning, development, and management activities, including things like customer service, resolving complaints; sale, transfer or combine of all or part of the Health System entities and the background research related to such activities; and (6) Creating and using de-identified health information or a limited data set or having a business associate perform combine data or do other tasks for various operational purposes.

**Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información médica para cualquier función operativa necesaria para dirigir el sistema de salud y sus centros como negocio y como centro autorizado/certificado/acreditado, incluidos los usos/divulgaciones de su información realizados para: (1) llevar a cabo actividades para la calidad o la seguridad del paciente, actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención médica, administración de casos y coordinación de la atención, y comunicación con los proveedores de atención médica y usted, para brindarles información sobre las alternativas de tratamiento; (2) revisar los antecedentes de los profesionales de atención médica y calificar su desempeño, llevar a cabo programas de capacitación para el personal, los estudiantes, los aprendices o los médicos y los profesionales que no pertenecen a la atención médica; realizar actividades de acreditación, concesión de licencias u otorgamiento de credenciales; (3) participar en actividades relacionadas con los beneficios del seguro de salud; (4) llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría; (5) actividades de planificación, desarrollo y administración de negocios, incluidas las actividades como servicio al cliente, resolver reclamaciones, vender, transferir o combinar todas o parte de las entidades del sistema de salud y la investigación de fondo relacionada con dichas actividades; y (6) crear y usar información médica no identificable o un conjunto de datos limitados o hacer que un asociado comercial realice tareas de combinación de datos u otras tareas para diversos fines operativos.

As additional examples, we may disclose your medical information to physicians on our Medical Staff who review the care that was provided to patients by their colleagues. We may disclose information to doctors, nurses, therapists, technicians, medical, nursing or other health care students, and Health System personnel for teaching purposes. We may combine medical information about many patients to decide what services the Health System should offer, and whether new services are cost-effective and how we compare from a quality perspective with other hospitals/health systems. Sometimes, we may remove your identifying information from your medical information so others may use it to study health care services, products and delivery without learning who you are. We may disclose information to other health care providers involved in your treatment to permit them to carry out the work of their facility or to get paid. We may provide information about your treatment to an ambulance company that brought you to the Health System so that the ambulance company can get paid for their services.

Como ejemplos adicionales, podemos divulgar su información médica a los médicos de nuestro personal médico que están a cargo de la revisión de la atención que sus colegas les brindan a los pacientes. Podemos divulgar información a médicos, enfermeros, terapeutas, técnicos, estudiantes de medicina, de enfermería u otros estudiantes de atención médica y al personal del sistema de salud, para fines de enseñanza. Podemos combinar la información médica sobre muchos pacientes, para decidir qué servicios debería ofrecer el sistema de salud y si los servicios nuevos son rentables, y cómo nos comparamos, desde el punto de vista de la calidad, con otros hospitales o sistemas de salud. En ocasiones, podemos extraer sus datos de identificación de su información médica, de modo que otros puedan usarlos para evaluar los servicios, los productos y la prestación de atención médica sin saber quién es usted. Es posible que divulguemos la información a otros proveedores de atención médica que participan en su tratamiento,

para permitirles que lleven a cabo sus tareas del centro o reciban sus pagos. Podemos brindar información sobre su tratamiento a la compañía de ambulancias que lo trajo hasta el sistema de salud, de modo que esta pueda recibir el pago de sus servicios.

**Activities of Our Affiliates.** We may disclose your medical information to our affiliates in connection with your treatment or other Health System activities.

**Actividades de nuestras afiliadas.** Es posible que divulguemos su información médica a nuestras afiliadas en relación con su tratamiento u otras actividades del sistema de salud.

**Activities of Organized Health Care Arrangements in Which We Participate.** For certain activities, the Hospital, members of its Medical Staff and other independent professionals are called an Organized Health Care Arrangement. We may disclose information about you to health care providers participating in our Organized Health Care Arrangement, such as a managed care or physician-Health System organization. Such disclosures would be made in connection with our services, your treatment under a health plan arrangement, and other activities of the Organized Health Care Arrangement. We operate under this Joint Notice for activities involving the Health System.

**Actividades de los acuerdos organizados de atención médica en los que participamos.** Para ciertas actividades, el hospital, los miembros de su personal médico y otros profesionales independientes conforman lo que se conoce como Acuerdo organizado de atención médica. Podemos divulgar su información a los proveedores de atención médica que participan en nuestro Acuerdo organizado de atención médica, como una organización del sistema de salud y médicos o atención administrada. Dichas divulgaciones se realizarían en relación con nuestros servicios, su tratamiento conforme a un arreglo del plan de salud y otras actividades del Acuerdo organizado de atención médica. Para las actividades que involucran al sistema de salud, operamos conforme a este aviso conjunto.

**IMPORTANT:** The Health System may share your medical information with members of the Health System Medical Staff and other independent medical professionals in order to provide treatment, payment and healthcare operations and perform other activities for the Health System. While those professionals have agreed to follow this Notice and otherwise participate in the privacy program of the Health System, they are independent professionals and the Health System expressly disclaims any responsibility or liability for their acts or omissions relating to your care or privacy/security rights.

**IMPORTANTE:** El sistema de salud puede compartir su información médica con los miembros del personal médico del sistema de salud y otros profesionales médicos independientes, a fin de brindar tratamiento, operaciones de atención médica y pago y realizar otras actividades para el sistema de salud. Si bien estos profesionales han aceptado respetar este aviso y, de algún otro modo, participar en el programa de privacidad del sistema de salud, son profesionales independientes y el sistema de salud no asume responsabilidad alguna por sus actos u omisiones en relación con su atención o sus derechos a la privacidad/seguridad.

Health Information Exchange.

**Intercambio de información médica.**

**IMPORTANT NOTICE REGARDING THE DISCLOSURE OF YOUR MEDICAL RECORDS TO HEALTH INFORMATION EXCHANGE (HIE)**

After you receive care, we may release your medical records or other information about you to a Health Information Exchange (called "HIE"). A health information exchange provides healthcare providers (including doctors and health facilities) with the capability to share or "exchange" clinical information about you electronically among other health care providers. HIEs are designed to provide your physicians/health facilities with greater access to your clinical data with the goal of reducing redundant testing and treatment delays associated with paper medical records, enhancing communication between providers and providing patients with safer, more patient-centered care. HIEs are particularly helpful when providing care in emergency situations.

The healthcare providers who have access to HIE will have access to your personal or health information that has been uploaded or entered into the HIE and may use that information for treatment, payment or healthcare operations, or as otherwise required/allowed by state and federal law.

- HIE is a network that links the Health System its Affiliates, its credentialed physicians (employed or independent) and other medical care providers and allows them to exchange health information about you. The federal government is proposing that HIE will be interlinked with HIEs or networks across the state and country acting as a commonly shared medical record to help provide continuity of information and care. For example, your primary care physician may have access to your ob/gyn or cardiologist's records. An ED physician treating you in another state may have access to your medical record, etc.
- We MAY OR MAY NOT upload any or all of your past, present, or future medical information into HIE, and your healthcare providers may or may not have access to HIE. Therefore, we encourage you to be your own advocate and always notify your healthcare provider of all your past and present medical conditions, treatments and medications.
- SENSITIVE INFORMATION: Sensitive information (such as HIV/AIDs or other communicable disease, mental health, drug and alcohol treatment information) is protected under state and federal law. We may provide sensitive information to HIE but have put into place protections to help prevent the disclosure of sensitive information to those other than your treating providers, their workforce members and business associates; however, because sensitive information cannot be completely isolated from other medical information, there is a chance that sensitive information (or information that could indicate you have had treatment for a sensitive condition) could be included within your medical information. Therefore, if you are concerned at all about a certain piece of medical information being inappropriately used/disclosed/redisclosed/known, we strongly recommend you opt-out of participation in HIE.
- **OPT-OUT: IF YOU DO NOT WANT YOUR PERSONAL OR MEDICAL INFORMATION AUTOMATICALLY ENTERED INTO OR DISCLOSED THROUGH HIE, PLEASE LET US KNOW BY COMPLETING THE HIE OPT-OUT FORM AT REGISTRATION POINTS THROUGHOUT THE HEALTH SYSTEM. PLEASE ALLOW 10 BUSINESS DAYS FOR US TO PROCESS YOUR OPT-OUT REQUEST. INFORMATION RELEASED TO HIE PRIOR TO PROCESSING OF OPT-OUT FORM MAY REMAIN IN HIE.**
- **PLEASE NOTE THAT YOU MUST ALSO OPT-OUT SEPARATELY WITH EACH OF YOUR PHYSICIAN AND OTHER PROVIDERS WHO MAY PARTICIPATE IN HIE.**

**AVISO IMPORTANTE SOBRE LA DIVULGACIÓN DE SUS REGISTROS MÉDICOS AL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (HEALTH INFORMATION EXCHANGE, HIE)**

Después de que recibe atención, podemos divulgar sus registros médicos u otra información sobre su persona al Intercambio de información médica (conocido como "HIE"). El Intercambio de información médica les ofrece a los proveedores de atención médica (incluidos los médicos y los centros de salud) la capacidad para compartir o

“intercambiar” en forma electrónica la información clínica sobre usted entre otros proveedores de atención médica. Los HIE están diseñados para brindarles a sus médicos/centros de salud un mayor acceso a sus datos clínicos con el objeto de reducir las pruebas redundantes y los retrasos en el tratamiento relacionados con los registros médicos impresos, mejorar la comunicación entre los proveedores y brindar a los pacientes una atención más segura y centrada en el paciente. Los HIE resultan especialmente útiles al brindar atención en situaciones de emergencia.

Los proveedores de atención médica que tienen acceso a los HIE podrán acceder a su información médica o personal que se haya cargado o ingresado en el HIE, y es posible que usen esta información para operaciones de atención médica, pagos o tratamientos, o según lo exijan de algún otro modo las leyes federales o estatales.

- El HIE es una red que vincula al sistema de salud con sus afiliadas, sus médicos acreditados (empleados o independientes) y demás proveedores de atención médica, y les permite intercambiar información médica sobre usted. El gobierno federal propone que el HIE se interrelacione con los HIE o las redes de todo el estado y el país para actuar como un registro médico compartido comúnmente, para ayudar a ofrecer continuidad de la información y la atención. Por ejemplo, su médico de atención primaria puede tener acceso a los registros de su obstetra, ginecólogo o cardiólogo. Un médico del departamento de emergencias que le brinde atención en otro estado puede tener acceso a su registro médico, etc.
- **PODEMOS O NO** cargar cualquier parte o toda su información médica anterior, presente o futura en el HIE, y sus proveedores de atención médica pueden o no tener acceso al HIE. Por consiguiente, le recomendamos que sea su propio defensor y siempre notifique a su proveedor de atención médica sobre todas sus afecciones médicas, tratamientos y medicamentos anteriores y actuales.
- **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:** La información confidencial (como la información sobre el VIH/SIDA u otras enfermedades contagiosas, de salud mental, tratamiento para el consumo de drogas y alcohol) está protegida por las leyes federales y estatales. Podemos proporcionar información confidencial al HIE, pero hemos implementado protecciones para ayudar a prevenir la divulgación de la información confidencial a aquellos que no sean sus proveedores tratantes, miembros de su equipo de trabajo y asociados comerciales; no obstante, dado que la información confidencial no puede aislarse por completo de otra información médica, existe la posibilidad de que la información confidencial (o la información que indique que recibió tratamiento para una afección confidencial) se incluya dentro de su información médica. Por consiguiente, si le preocupa que cierta información se use, se divulgue, se vuelva a divulgar o se dé a conocer, le recomendamos enfáticamente que opte por no participar en el HIE.
- **EXCLUSIÓN: SI DESEA QUE SU INFORMACIÓN PERSONAL O MÉDICA NO SE INGRESE DE MANERA AUTOMÁTICA EN EL HIE NI SE DIVULGUE A TRAVÉS DE ÉL, INFÓRMENOS AL RESPECTO COMPLETANDO EL FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DEL HIE EN LOS PUNTOS DE REGISTRO DE**



**TODO EL SISTEMA DE SALUD. DEBERÁ AGUARDAR 10 DÍAS HÁBILES HASTA QUE PROCESAMOS SU SOLICITUD DE EXCLUSIÓN. ES POSIBLE QUE LA INFORMACIÓN DIVULGADA AL HIE ANTES DEL PROCESAMIENTO DEL FORMULARIO DE EXCLUSIÓN PERMANEZCA EN EL HIE.**

- **TENGA EN CUENTA QUE TAMBIÉN DEBE SOLICITAR LA EXCLUSIÓN DE MANERA SEPARADA CON CADA UNO DE SUS MÉDICOS Y OTROS PROVEEDORES QUE PUEDAN PARTICIPAR EN EL HIE.**

**Patient Portal / Other Patient Electronic Correspondence** We will use and disclose information through a secure patient portal which allows you to view, download and transmit certain parts of your medical information (e.g. lab results) in a secure manner when using the portal. However, if you choose to store, print, email, or post the information using technology outside the secure patient portal, it may not be secure. Further, if you email us medical or billing information from a private email address (such as Yahoo, Gmail, etc.) your information will not be encrypted unless you use a secure messaging portal to us. Requests to email your medical or billing information to a private email address (such as a Yahoo, Gmail, etc.) will be encrypted by us when it is sent to you - unless you request otherwise. If you request us to post your information in dropboxes, on flashdrives/CDs, etc., your information may not be encrypted and may not be secure. We are not responsible if this confidential information once released from our secure portal is redisclosed by an authorized recipient. We are not responsible for subsequent damage, alteration or misuse of the data.

**Portal del paciente/Otra correspondencia electrónica del paciente.** Usaremos y divulgaremos la información mediante un portal seguro para el paciente que le permite ver, descargar y transmitir determinadas partes de su información médica (por ejemplo, los resultados de laboratorio) de manera segura al usar el portal. No obstante, si opta por almacenar, imprimir, enviar por correo electrónico o publicar información mediante una tecnología externa al portal del paciente seguro, es probable que no sea seguro hacerlo. Además, si nos envía por correo electrónico información médica o de facturación desde una dirección de correo electrónico privada (como Yahoo, Gmail, etc.), su información no se cifrará a menos que use un portal de mensajes seguro para nosotros. Si solicita que enviemos por correo electrónico su información médica o de facturación a una dirección de correo electrónico privada (como Yahoo, Gmail, etc.), cifraremos dicha información cuando se la enviemos, a menos que solicite lo contrario. Si nos solicita que publiquemos su información en listas desplegadas, en unidades flash o en CD, es posible que su información no se cifre y no esté protegida. No nos haremos responsables si esta información confidencial, una vez divulgada de nuestro portal seguro, vuelve a ser divulgada por un destinatario autorizado. No asumimos responsabilidad alguna por el daño, la alteración o el uso indebido posterior de los datos.

**Health Services, Products, Treatment Alternatives and Health-Related Benefits.** We may use and disclose your medical information in providing face-to-face communications; promotional gifts; refill reminders or communications about a drug or biologic; case management or care coordination, or to direct or recommend alternative treatments, therapies, providers, or settings of care; or to describe a health-related product/service (or payment for such product/service) that is provided through a benefit plan; or to offer information on other providers participating in a healthcare network that we participate

in, or to offer other health-related products, benefits or services that may be of interest to you. We may use and disclose your medical information to contact and remind you of an appointment for treatment or medical care.

**Servicios médicos, productos, alternativas de tratamiento y beneficios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar su información médica al proporcionar comunicaciones personales; obsequios promocionales; recordatorios o comunicaciones de resurtido de un medicamento o producto biológico; administración de casos o coordinación de la atención, o para dirigir o recomendar tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención; o describir un producto/servicio relacionado con la salud (o pago por dicho producto/servicio) que se proporcione a través de un plan de beneficios; o para ofrecer información sobre otros proveedores que participan en una red de atención médica en la que participamos, u ofrecer otros productos, beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Podemos usar y divulgar su información médica para contactarlo y recordarle sobre una cita para un tratamiento o para recibir atención médica.

**Fundraising.** We may use and disclose your medical information to raise money for the Health System. Methodist Healthcare Foundation and Le Bonheur Children’s Foundation (“Foundations”) are the Health System's primary fundraising entities. The Health System is allowed to disclose certain parts of your medical information to these Foundations or others involved in fundraising, unless you tell us you do not want such information used and disclosed. For example, the Health System may disclose to the Foundations demographic information, like your name, address, other contact information, telephone number, gender, age, date of birth, the dates you received treatment by the Health System, the department that provided you service, your treating physician, outcome information, and health insurance status. You have a right to opt-out of receiving fundraising requests. If you do not want the Health System to contact you for fundraising, please notify the Director of Funds Management by email at [Foundation\\_OptOut@mlh.org](mailto:Foundation_OptOut@mlh.org), or by mail at P.O. Box 42048 Memphis, TN 38174, or by calling 901-516-0500.

**Recaudación de fondos.** Es posible que usemos y divulguemos su información médica para recaudar dinero para el sistema de salud. Methodist Healthcare Foundation y Le Bonheur Children’s Foundation (“fundaciones”) son las principales entidades de recaudación de fondos del sistema de salud. El sistema de salud tiene permitido divulgar ciertas partes de su información médica a estas fundaciones u otras partes involucradas en la recaudación de fondos, a menos que nos informe que desea que dicha información no se use ni se divulgue. Por ejemplo, el sistema de salud puede divulgar a estas fundaciones información demográfica, como su nombre, su dirección u otra información de contacto, número de teléfono, sexo, edad, fecha de nacimiento, las fechas en que recibió tratamiento por parte del sistema de salud, el departamento que le brindó servicios, su médico tratante, la información sobre resultados y el estado del seguro de salud. Tiene derecho a optar por no recibir solicitudes de recaudación de fondos. Si no desea que el sistema de salud lo contacte por motivos de recaudación de fondos, notifique al director de Administración de Fondos por correo electrónico a [Foundation\\_OptOut@mlh.org](mailto:Foundation_OptOut@mlh.org), o por correo a P.O. Box 42048 Memphis, TN 38174, o llamando al 901-516-0500.

**Hospital or Nursing Home and other Facility Directory.** We may include certain information about you in the Hospital, Nursing Home, Hospice and other residential or inpatient Facility Directory while you are a patient in these facilities. This information may include your name, your room number, your general condition (good, fair, etc.) and your religious affiliation. Your religious affiliation may be given to a member of the clergy, such as a priest or rabbi, even if they don't ask for you by name. Directory information, except for your religious affiliation, may be released to people who ask for you by name. This is so your family, friends and clergy can visit you in the Health System and generally know how you are doing. If you do not want this information given out, please notify the Patient Access Representative at the time of your registration for admission.

**Directorio del hospital u hogar de ancianos o de otro centro.** Mientras sea paciente en estas instalaciones, podemos incluir determinada información sobre usted en el directorio del hospital, el hogar de ancianos, el centro para enfermos terminales u otro centro residencial o de pacientes hospitalizados. Esta información puede incluir su nombre, su número de habitación, su estado general (bueno, regular, etc.) y su afiliación religiosa. Su afiliación religiosa puede proporcionarse a un miembro del clero, por ejemplo, un sacerdote o rabino, aun si no preguntan por usted por su nombre. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, puede divulgarse a las personas que pregunten por usted por su nombre. Por ejemplo, su familia, sus amigos y los miembros del clero pueden visitarlo en el sistema de salud y, por lo general, saber cómo se encuentra usted. Si no desea que esta información se divulgue, notifique al representante de Acceso para pacientes en el momento de su registro para la admisión.

**Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may release your medical information if you become incapacitated to the person you named in your Durable Power of Attorney for Health Care (if you have one), or otherwise to a friend or family member who is your personal representative (i.e., empowered under state or other law to make health-related decisions for you). We may give information to someone who helps pay for your care. In addition, we may disclose your medical information to an entity assisting in disaster relief efforts so that your family can be notified about your condition. HIPAA also allows us at certain times to speak with those who are/were involved in your care/payment activities while being treated as patient and/or even after your death, if we reasonably infer based on our professional judgment that you would not object. If you do not wish for us to speak with a particular person about your care, you should notify the Facility Health Information Management Department and ask about the Restriction Policy.

**Personas involucradas en su atención o pago por su atención.** Podemos divulgar su información médica si queda incapacitado para la persona que nombró en el poder legal durable para atención médica (si es que tiene uno) o, de lo contrario, para un amigo o familiar que sea su representante personal (por ejemplo, facultado por la ley estatal u otra ley para tomar decisiones relacionadas con la salud en su nombre). Podemos proporcionar información a una persona que ayude a pagar los gastos de su atención. Además, es posible que divulguemos su información médica a una entidad que brinde asistencia en casos de desastres naturales, de modo que su familia pueda recibir notificaciones sobre su estado. La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) también nos permite, en ocasiones, hablar con las personas que participan en las actividades de su atención/pago mientras recibe tratamiento como paciente o incluso después de su muerte, si deducimos razonablemente, en función de nuestro criterio profesional, que

usted no presentará objeciones. Si no desea que hablemos con una persona en particular sobre su atención, debe notificar al Departamento de administración de información médica del centro y preguntar sobre la Política de restricciones.

**Research.** We may use and disclose your medical information for research purposes. Most research projects, however, are subject to a special approval process. Most research projects require your permission if a researcher will be involved in your care or will have access to your name, address or other information that identifies you. However, the law allows some research to be done using your medical information without requiring your written approval.

**Investigación.** Podemos usar y divulgar su información médica para fines de investigación. No obstante, la mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. La mayoría de los proyectos de investigación requieren de su autorización si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, su dirección u otra información que lo identifique. No obstante, la ley permite que se realicen investigaciones mediante el uso de su información médica sin solicitar su autorización escrita.

**Required By Law.** We will disclose your medical information when federal, state or local law requires it. For example, the Health System and its personnel must comply with child and elder abuse reporting laws and laws requiring us to report certain diseases or injuries or deaths to state or federal agencies.

**Según lo exijan las leyes.** Divulgaremos su información médica si las leyes federales, estatales o locales así lo exigen. Por ejemplo, el sistema de salud y su personal deben cumplir con las leyes de denuncia de maltrato infantil y de adultos mayores que nos exigen denunciar ciertas enfermedades, lesiones o muertes a los organismos estatales o federales.

**Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose your medical information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

**Amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica si resulta necesario para evitar la amenaza grave a su salud y su seguridad o la salud y la seguridad del público u otra persona.

**Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release your medical information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to aid in its organ or tissue donation and transplantation process.

**Donación de órganos y tejidos.** Si es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a las organizaciones que manejan la obtención de órganos o los trasplantes de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para brindar ayuda con su proceso de trasplante y donación de órganos o tejidos.

**Military and Veterans.** If you are a member of the U.S. or foreign armed forces, we may release your medical information as required by military command authorities.

**Miembros del Ejército y veteranos.** Si es miembro de las Fuerzas Armadas estadounidenses o extranjeras, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del comando militar.

**Workers' Compensation.** We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

**Compensación de los trabajadores.** Es posible que divulguemos su información médica para los programas de compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios para las lesiones o las enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Minors.** If you are a minor (under 18 years old), the Health System will comply with the applicable State law regarding minors. We may release certain types of your medical information to your parent or guardian, if such release is required or permitted by law.

**Menores.** Si es menor de edad (menor de 18 años), el sistema de salud cumplirá con la ley estatal correspondiente relacionada con los menores de edad. Podemos divulgar ciertos tipos de su información médica a su padre, madre o tutor si dicha divulgación es requerida o permitida por la ley.

**Public Health Risks.** We may disclose your medical information (and certain test results) for public health purposes, such as -

**Riesgos de salud pública.** Podemos divulgar su información médica (y ciertos resultados de pruebas) para fines de salud pública, por ejemplo:

- To a public health authority to prevent or control communicable diseases (including sexually transmitted diseases), injury or disability,
- To report births and deaths,
- To report child, elder or adult abuse, neglect or domestic violence,
- To report to FDA or other authority reactions to medications or problems with products,
- To notify people of recalls of products they may be using,
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for getting or spreading a disease or condition,
- To notify employer of work-related illness or injury (in certain cases), and
- To a school to disclose whether immunizations have been obtained.
- A una autoridad de salud pública para prevenir o controlar enfermedades transmisibles (incluidas las enfermedades de transmisión sexual), lesiones o discapacidades
- Para informar nacimientos o muertes
- Para denunciar violencia doméstica, negligencia o abuso infantil, de adultos o adultos mayores
- Para informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) u otras autoridades sobre reacciones a los medicamentos o problemas con los productos
- Para notificar a las personas sobre retiros del mercado de los productos que usan

- Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección
- Para notificar a un empleador sobre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo (en ciertos casos)
- A una escuela para divulgar si se han recibido las vacunas

**Health Oversight Activities.** We may disclose your medical information to a federal or state agency for health oversight activities such as audits, investigations, inspections, and licensure of the Health System and of the providers who treated you at the Hospital. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with laws.

**Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar su información médica a un organismo federal o estatal para actividades de supervisión de salud, como auditorías, investigaciones, inspecciones y actividades de autorización del sistema de salud y de los proveedores que le brindaron tratamiento en el hospital. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas del gobierno y el cumplimiento de las leyes.

**Lawsuits and Disputes.** We may disclose your medical information to respond to a court or governmental agency request, order or a search warrant. We also may disclose your medical information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in a dispute.

**Juicios y disputas.** Podemos divulgar su información médica para responder a una solicitud del tribunal u organismo gubernamental, orden judicial u orden de registro. También es posible que divulguemos su información médica en respuesta a una **citación**, petición de pruebas u otros procesos lícitos por parte de otra persona involucrada en una disputa.

**Law Enforcement.** Subject to certain conditions, we may disclose your medical information for a law enforcement purpose upon the request of a law enforcement official or to report suspicion of death resulting from criminal conduct or crime on our premises or for emergency or other purposes.

**Aplicación de la ley.** Sujeto a ciertas condiciones, podemos divulgar su información médica para fines de aplicación de la ley cuando lo solicite una autoridad policial o para denunciar una sospecha de muerte que derive de una conducta criminal o un delito en nuestras instalaciones o para fines de emergencia u otros fines.

**Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your medical information to a coroner or medical examiner or funeral director so they may carry out their duties.

**Examinadores médicos y directores de empresas funerarias.** Es posible que divulguemos su información médica a un médico forense o examinador médico o a los directores de empresas funerarias para que puedan desempeñar sus funciones.

**National Security.** We may disclose your medical information to authorized federal officials for national security activities authorized by law.

**Seguridad nacional.** Podemos divulgar su información médica a los funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Protective Services.** We may disclose your medical information to authorized federal officials so they may provide protection to the President of the United States and other persons.

**Servicios de protección.** Es posible que divulguemos su información médica a los funcionarios federales autorizados, para que puedan brindar protección al Presidente de los Estados Unidos y a otras personas.

**Inmates.** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement officer, we may release your medical information to the correctional institution or a law enforcement officer. This release would be necessary for the Health System to provide you with health care, to protect your health and safety or the health and safety of others, or for the safety and security of the law enforcement officer or the correctional institution.

**Reclusos.** Si es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de una autoridad policial, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o a dicha autoridad policial. Esta divulgación sería necesaria para que el sistema de salud le brinde atención médica, para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de los demás, o para la seguridad de la autoridad policial o la institución correccional.

**Incidental Disclosures.** Although we train our staff in privacy, due to the way treatment and billing occurs, your medical or billing information may be overheard or seen by people not involved directly in your care. For example, your visitors or visitors visiting other patients on your treatment floor could overhear a conversation about you or see you getting treatment.

**Divulgaciones accidentales.** Si bien capacitamos a nuestro personal en lo que respecta a la privacidad, debido a la forma en que ocurre el tratamiento y la facturación, es posible que las personas que no participan directamente en su atención vean o escuchen por casualidad su información médica o de facturación. Por ejemplo, sus visitantes o los visitantes de otros pacientes que se encuentran en la planta en la que recibe tratamiento podrían escuchar de casualidad una conversación sobre usted o verlo mientras recibe tratamiento.

**Business Associates.** Your medical or billing information could be disclosed to people or companies outside our Health System who provide services to us. We make these companies sign special confidentiality agreements with us before giving them access to your information. They are also subject to fines by the federal government if they use/disclosure your information in a way that is not allowed by law.

**Asociados comerciales.** Su información médica o de facturación podría divulgarse a las personas o las compañías externas a nuestro sistema de salud que nos brindan servicios. Hacemos que estas compañías firmen acuerdos de confidencialidad especiales antes de otorgarles acceso a su información. Además, están sujetas a sanciones del gobierno federal si usan o divulgan su información de una manera que no esté permitida por la ley.

*Note: State law provides special protection for certain types of health information, including information about alcohol or drug abuse, mental health and AIDS/HIV, and may limit whether and how we may disclose information*

*about you to others. Federal law provides additional protection for information that results from alcohol and drug rehabilitation treatment programs.*

*Nota: La ley estatal ofrece protección especial para ciertos tipos de información médica, incluida la información sobre el consumo de drogas o alcohol, la salud mental y el VIH/SIDA, y puede limitar la manera en que divulgamos su información a los demás y si podemos hacerlo o no. La ley federal ofrece protección adicional para la información que deriva de los programas de tratamiento de rehabilitación por consumo de drogas y alcohol.*

#### Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records

The confidentiality of alcohol and drug abuse patient records maintained by a federally assisted alcohol and drug rehabilitation program is protected by Federal law and regulations. Generally, the program may not say to a person outside the program that a patient attends the program, or disclose any information identifying a patient as an alcohol or drug abuser Unless:

- (1) The patient consents in writing;
- (2) The disclosure is allowed by a court order; or
- (3) The disclosure is made to medical personnel in a medical emergency or to qualified personnel for research, audit, or program evaluation.

Violation of the Federal law and regulations by a program is a crime. Suspected violations may be reported to appropriate authorities in accordance with Federal regulations.

Federal law and regulations do not protect any information about a crime committed by a patient either at the program or against any person who works for the program or about any threat to commit such a crime.

Federal laws and regulations do not protect any information about suspected child abuse or neglect from being reported under State law to appropriate State or local authorities.

(See 42 U.S.C. 290dd-3 and 42 U.S.C. 290ee-3 for Federal laws and 42 C.F.R. part 2 for Federal regulations.)

#### Confidencialidad de los registros de pacientes que consumen drogas y alcohol

La confidencialidad de los registros mantenidos por un programa asistido por el gobierno de rehabilitación de pacientes por consumo de drogas y alcohol está protegida por las leyes y las reglamentaciones federales. Generalmente, el programa no puede informarle a una persona externa al programa que el paciente asiste al programa ni divulgar información que identifique al paciente como consumidor de drogas o alcohol, a menos que:

- (1) El paciente otorgue su consentimiento por escrito
- (2) La divulgación esté permitida por una orden judicial
- (3) La divulgación se realice al personal médico en caso de emergencia médica o al personal calificado para fines de investigación, auditoría o evaluación del programa

La violación de las leyes y las reglamentaciones federales por parte de un programa es un delito. Las sospechas de violaciones pueden informarse a las autoridades correspondientes de acuerdo con las reglamentaciones federales.

Las leyes y las reglamentaciones federales no protegen la información sobre los delitos cometidos por un paciente en el programa o contra una persona que trabaje para el programa o las amenazas de cometer este tipo de delito.

Las leyes y las reglamentaciones federales no impiden que la información sobre las sospechas de negligencia o abuso infantil se informe, conforme a las leyes estatales, a las autoridades estatales o locales correspondientes.



(Vea 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3, para conocer las leyes federales y 42 C.F.R. parte 2, para conocer las reglamentaciones federales).

## YOUR PRIVACY RIGHTS SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD

**Right to Review and Right to Request a Copy.** You have the right to review and get a copy of your medical and billing information that is held by us in a designated record set (including the right to obtain an electronic copy if readily producible by us in the form and format requested). The Health Information Management Department has a form you can fill out to request to review or get a copy of your medical information, and can tell you how much your copies will cost. The Health System is allowed by law to charge a reasonable cost-based fee for labor, supplies, postage and the time to prepare any summary. The Health System will tell you if it cannot fulfill your request. If you are denied the right to see or copy your information, you may ask us to reconsider our decision. Depending on the reason for the decision, we may ask a licensed health care professional to review your request and its denial. We will comply with this person's decision.

**Derecho a revisar y derecho a solicitar una copia.** Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica y de facturación mantenida por nosotros en un conjunto de registros designado (incluido el derecho a obtener una copia electrónica si podemos producirla fácilmente en la forma y el formato solicitados). El *Departamento de administración de información médica* dispone de un formulario que usted puede llenar para solicitar revisar u obtener una copia de su información médica, y le informará cuál es el costo de las copias. Por ley, el sistema de salud tiene permitido cobrar una tarifa razonable basada en el costo por la mano de obra, los suministros, el franqueo y el tiempo invertido en la preparación de cualquier resumen. El sistema de salud le informará si no puede satisfacer su solicitud. Si le niegan el derecho a ver u obtener una copia de su información, puede solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión. Según el motivo de la decisión, podemos solicitarle a un profesional de atención médica autorizado que revise su solicitud y su rechazo. Cumpliremos con la decisión de esta persona.

**Right to Amend.** If you feel your medical information in our records is incorrect or incomplete, you may ask us in writing to amend the information. You must provide a reason to support your requested amendment. We will tell you if we cannot fulfill your request. The Health Information Department listed below can help you with your request.

**Derecho a enmiendas.** Si considera que la información médica que figura en nuestros registros es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos por escrito que modifiquemos la información. Debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud de enmienda. Le informaremos si no podemos satisfacer su solicitud. El Departamento de información médica que figura a continuación puede ayudarlo con su solicitud.

**Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to make a written request for a list of certain disclosures the Health System has made of your medical information within a certain period of time. This list is not required to include all disclosures we make. For example, disclosure for treatment, payment, or Health System administrative purposes, disclosures made before April 14, 2003, disclosures

made to you or which you authorized, and other disclosures are not required to be listed. The Health Information Department listed below can help you with this process, if needed.

**Derecho a una contabilización de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar por escrito una lista de ciertas divulgaciones que el sistema de salud haya realizado de su información médica dentro de un determinado período. No se exige que esta lista incluya todas las divulgaciones que realizamos. Por ejemplo, no se exige que se incluya la divulgación para fines de tratamiento, pago o fines administrativos del sistema de salud, las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003, las divulgaciones que se le realicen a usted o que usted autorizó y otras divulgaciones. El Departamento de información médica que figura a continuación puede ayudarlo con este proceso si es necesario.

<b>Location</b>	<b>Telephone Amend Request</b>	<b>Telephone Accounting Request</b>
<b>Methodist Healthcare - University Hospital</b> 1265 Union Avenue Memphis, TN 38104	(901) 516-8424 or (901) 516-7000	(901) 516-8425 or (901) 516-7000
<b>Methodist Healthcare - North Hospital</b> 3960 New Covington Pike Memphis, TN 38128	(901) 516-5295 or (901) 516-5200	(901) 516-8425 or (901) 516-5200
<b>Methodist Healthcare - South Hospital</b> 1300 Wesley Drive Memphis, TN 38116	(901) 516-3733 or (901) 516-3700	(901) 516-8425 or (901) 516-3700
<b>Methodist Le Bonheur Germantown Hospital</b> 7691 Poplar Avenue Germantown, TN 38138	(901) 516-6979, Opt 2 or (901) 516-6418	(901) 516-2414 or (901) 516-6418
<b>Ubicación</b>	<b>Teléfono Solicitud de enmienda</b>	<b>Teléfono Solicitud de contabilización</b>
<b>Methodist Healthcare - University Hospital</b> 1265 Union Avenue Memphis, TN 38104	(901) 516-8424 o (901) 516-7000	(901) 516-8425 o (901) 516-7000
<b>Methodist Healthcare - North Hospital</b> 3960 New Covington Pike Memphis, TN 38128	(901) 516-5295 o (901) 516-5200	(901) 516-8425 o (901) 516-5200
<b>Methodist Healthcare - South Hospital</b> 1300 Wesley Drive Memphis, TN 38116	(901) 516-3733 o (901) 516-3700	(901) 516-8425 o (901) 516-3700
<b>Methodist Le Bonheur Germantown Hospital</b> 7691 Poplar Avenue Germantown, TN 38138	(901) 516-6979, opción 2 o (901) 516- 6418	(901) 516-2414 o (901) 516-6418

Location	Telephone Amend Request	Telephone Accounting Request
<b>Methodist Olive Branch Hospital</b> 4250 Bethel Road Olive Branch, MS 38654	(662) 932-9000	(662) 932-9000
<b>Le Bonheur Children's Hospital</b> 848 Adams Avenue Memphis, TN 38103	(901) 287-6076 or (901) 287-5437	(901) 287-6076 or (901) 287-5437
Ubicación	Teléfono Solicitud de enmienda	Teléfono Solicitud de contabilización
<b>Methodist Olive Branch Hospital</b> 4250 Bethel Road Olive Branch, MS 38654	(662) 932-9000	(662) 932-9000
<b>Le Bonheur Children's Hospital</b> 848 Adams Avenue Memphis, TN 38103	(901) 287-6076 o (901) 287-5437	(901) 287-6076 o (901) 287-5437

**Right to Request Restrictions on Disclosures.** You have the right to make a written request to restrict or put a limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on your medical information that we disclose to someone involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. *We are generally not required to agree to your request, except as follows:*

**Derecho a solicitar restricciones respecto de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar por escrito que se restrinja o se imponga un límite en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para operaciones de atención médica, pagos o tratamientos. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos a las personas que participan en su atención o el pago por su atención, como un familiar o un amigo. *Generalmente, no se nos exige que aceptemos su solicitud, a excepción de lo siguiente:*

- **Payor Exception:** If otherwise allowed by law, we are required to agree to a requested restriction, if (1) the disclosure is to your health insurance plan for purposes of carrying out payment or health care operations and (2) the medical information to be restricted relates solely to a health care item or service for which all parties have been paid in full out of pocket. **NOTE:** During a single Hospital / Health System visit, you may receive a bill for payment from multiple sources, including the Hospital, laboratories, individual physicians who cared for you, specialists, radiologists, etc. Therefore, if you wish to restrict a disclosure to your health insurance company from all these parties, you must contact each independent health care provider separately and you must submit payment in full to each individual provider. Hospital expressly disclaims any responsibility or liability for independent medical staff acts or omissions relating to your HIPAA privacy rights.
- **Excepción relacionada con el pagador:** Si las leyes lo permiten de algún otro modo, debemos aceptar la solicitud de restricción, si (1) la divulgación se realiza a su seguro de salud para realizar pagos u operaciones de atención médica y si (2) la información médica que se limitará se relaciona exclusivamente

con un artículo o un servicio de atención médica por el cual todas las partes han recibido un pago total en efectivo. **NOTA:** Durante una sola visita al hospital/sistema de salud, puede recibir una factura de pago de diversas fuentes, entre ellas, el hospital, los laboratorios, los médicos individuales que le brindaron atención, los especialistas, los radiólogos, etc. Por consiguiente, si desea restringir una divulgación a su compañía aseguradora de todas estas partes, debe comunicarse con cada proveedor de atención médica independiente en forma separada, y debe enviar el pago en su totalidad a cada proveedor individual. El hospital renuncia explícitamente a toda responsabilidad por las omisiones o los actos del personal médico independiente en relación con sus derechos de privacidad conforme a la HIPAA.

If we do agree to a request for restriction, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment or to make a disclosure that is required under law. In your request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to your adult children.

Si aceptamos la solicitud de restricción, cumpliremos con su solicitud a menos que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia o para hacer una divulgación requerida por la ley. En su solicitud debe informarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea restringir nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las restricciones, por ejemplo, las divulgaciones realizadas a sus hijos adultos.

**Right to Request Confidential Communications.** You have the right to make a written request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we contact you only at work or by mail. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted en lo que respecta a asuntos médicos de una determinada manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, puede solicitarnos que solo nos contactemos con usted en el trabajo o por correo. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Nos ajustaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que lo contactemos.

**Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to receive a paper copy of this Notice at any time even if you have agreed to receive this Notice electronically. You may obtain a copy of this Notice at our website at [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot) or a paper copy from your provider.

**Derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun si aceptó recibir este aviso en forma electrónica. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web en [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot), o una copia impresa a través de su proveedor.

**Right to Receive a Notice of a Breach of Unsecured Medical/ Billing Information.** You have the right to receive a notice in writing of a breach of your unsecured medical or billing or financial information. Your physicians (who are not Health System employees) or other independent entities involved in your care will be solely responsible for notifying you of any breaches that result from their actions or inactions.

**Derecho a recibir un aviso sobre una violación de la información médica/de facturación no protegida.** Tiene derecho a recibir un aviso por escrito sobre una violación de su información médica, de facturación o financiera no protegida. Sus médicos (que no son empleados del sistema de salud) u otras entidades independientes involucradas en su atención serán exclusivamente responsables de notificarle sobre las violaciones que deriven de sus acciones o inacciones.

#### CHANGES TO THIS NOTICE CAMBIOS EN ESTE AVISO

We reserve the right to change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for medical information we already have about you, as well as for any information we receive in the future. We will post the current Notice in the Hospital, and throughout the Health System registration sites and on our website at [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a hacer que el aviso revisado o modificado rija para la información médica que ya tenemos sobre usted, y para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso vigente en el hospital, y en todos los sitios de registro del sistema de salud y en nuestro sitio web, en [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

#### COMPLAINTS RECLAMACIONES

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a written complaint with the Health System or with the Secretary of the Department of Health and Human Services or HHS. Generally, a complaint must be filed with HHS within 180 days after the act or omission occurred, or within 180 days of when you knew or should have known of the action or omission. To file a complaint with the Health System, contact the Privacy Officer at (901)-516-0560. You will not be denied care or discriminated against by the Health System for filing a complaint.

Si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una reclamación por escrito ante el sistema de salud o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o HHS. Por lo general, las reclamaciones deben presentarse ante el HHS en el plazo de 180 días posteriores al acto u omisión, o en el plazo de 180 días a partir del momento en que se enteró o debió haberse enterado del acto u omisión. Para presentar una reclamación ante el sistema de salud, comuníquese con el director de privacidad al (901)-516-0560. El sistema de salud no le negará la atención ni lo discriminará por presentar una reclamación.

#### OTHER USES AND DISCLOSURES OF MEDICAL OR BILLING INFORMATION REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

## OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE FACTURACIÓN QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Disclosures that are not referenced in this Notice of Privacy Practices or are not otherwise allowed or required by federal and/or state law or our policies and procedures, will require your authorization. Uses and disclosures of your medical information not generally covered by this Notice or the laws and regulations that apply to the Health System will be made only with your written permission or authorization. For example, unless otherwise allowed by law, most uses and disclosures of psychotherapy notes, uses and disclosures for marketing purposes and disclosures that constitute the sale of medical information require an authorization.

Las divulgaciones a las que no se hace referencia en este Aviso de prácticas de privacidad o que de algún otro modo no estén permitidas o exigidas por las leyes federales o estatales, o nuestras políticas y procedimientos, requerirán su autorización. Los usos y las divulgaciones de su información médica que generalmente no contempla este aviso, o las leyes y las reglamentaciones que se aplican al sistema de salud, solo se realizarán con su permiso o autorización por escrito. Por ejemplo, a menos que las leyes lo permitan de algún otro modo, la mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia, los usos y las divulgaciones para fines de comercialización y las divulgaciones que constituyen la venta de información médica requieren una autorización.

If you give us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose your medical information for the reasons covered by your written authorization, but the revocation will not affect actions we have taken in reliance on your permission. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, we still must continue to comply with laws that require certain disclosures, and we are required to retain our records of the care that we provided to you.

Si nos otorga su permiso para que usemos o divulguemos su información médica, puede revocar dicho permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica para los motivos contemplados en su autorización escrita, pero la revocación no afectará las acciones que hemos tomado basándonos en su permiso. Usted entiende que no podemos retirar las divulgaciones que ya hicimos con su permiso, que aún debemos seguir cumpliendo con las leyes que exigen ciertas divulgaciones y que debemos conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

If you have any questions about this Notice, please contact the Privacy Officer at (901)-516-0560.

**Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el director de privacidad al (901)-516-0560.**

Effective Date: September 23, 2013

**Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013**

**SUMMARY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Our Legal Duty:** Our Health System has a duty to protect the confidentiality of medical information about you. This is a brief summary of our Notice of Privacy Practices. We are required to provide you with Notice explaining ways we may use and disclose your medical information and describing your legal rights and our obligations regarding the use and disclosure of your medical information.

**Nuestra obligación legal:** Nuestro sistema de salud tiene la obligación de proteger la confidencialidad de su información médica. Este es un breve resumen de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Tenemos la obligación de proporcionarle un aviso que explique las maneras en que usamos y divulgamos su información médica, y describa sus derechos legales y nuestras obligaciones en relación con el uso y la divulgación de su información médica.

**Parties Following The Notice:** The Notice will be followed by the Health System and its affiliates, together with their health care professionals, staff and volunteers; members of the Medical Staff and those participating in managed care networks with the Health System; and other legal entities that provide services to the Health System.

**Partes afectadas por el aviso:** El aviso afectará al sistema de salud y sus afiliadas, junto con sus profesionales, personal y voluntarios de atención médica, los miembros del personal médico y aquellos que participen en las redes de atención administrada con el sistema de salud, y otras entidades legales que brindan servicios al sistema de salud.

The following entities, sites and locations:

Methodist Healthcare–Memphis Hospitals: Methodist University Hospital, Methodist North Hospital, Methodist South Hospital, Methodist Le Bonheur Germantown Hospital, Le Bonheur Children’s Hospital; Methodist Healthcare–Olive Branch Hospital, and Methodist Healthcare Foundation, Le Bonheur Children’s Hospital Foundation. In addition, these entities, sites and locations may share medical information with each other for your treatment, payment and administrative purposes described in this Notice. For a full list of entities covered by this notice, please see [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

Las siguientes entidades, centros y ubicaciones:

Methodist Healthcare–Hospitales de Memphis: Methodist University Hospital, Methodist North Hospital, Methodist South Hospital, Methodist Le Bonheur Germantown Hospital, Le Bonheur Children’s Hospital; Methodist Healthcare–Olive Branch Hospital, y Methodist Healthcare Foundation, Le Bonheur Children’s Hospital Foundation. Además, estas entidades, centros y ubicaciones pueden compartir la información médica entre sí para fines administrativos, de tratamientos y pagos que se describen en este aviso. Para obtener una lista completa de las entidades que contempla este aviso, visite [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

**How We May Use and Disclose Medical Information About You:** We may use or disclose identifiable health information about you for many reasons, including but not limited to the following:

**Cómo podemos usar y divulgar su información médica:** Podemos usar o divulgar su información médica identificable por muchos motivos que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Treatment, Payment and Healthcare Operations
- Activities of managed care networks in which we participate
- Activities of our affiliates
- Appointment reminders
- Health oversight activities
- Fundraising activities (unless you opt out)
- Public health purposes
- Organ donation
- Auditing
- To avert a serious threat to health or safety
- National security and protective services
- To coroners, medical examiners and funeral
- Research directors
- Workers' compensation
- To military command authorities
- Lawsuits, administrative hearings and reviews, and disputes
- As required by law
- Law enforcement purposes.
- Operaciones de atención médica, tratamiento y pagos
- Actividades de las redes de atención administrada en las que participamos
- Actividades de nuestras afiliadas
- Recordatorios de citas
- Actividades de supervisión de salud
- Actividades de recaudación de fondos (a menos que opte por la exclusión)
- Fines de salud pública
- Donación de órganos
- Actividades de auditoría
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad
- Servicios de protección y seguridad nacional
- A forenses, examinadores médicos y empresas funerarias
- A directores de investigación
- Para compensación de los trabajadores
- A las autoridades del comando militar
- Para juicios, audiencias y revisiones administrativas, y disputas
- Según lo exijan las leyes
- Para fines de aplicación de la ley

We may use or disclose certain limited information about you, unless you object or request a limitation of the disclosure, for:

Podemos usar o divulgar cierta información limitada sobre usted, a menos que presente una objeción o solicite límites a la divulgación, para:



- Hospital directories
- Directorios del hospital
- Individuals involved in your care or payment
- Personas involucradas en su atención o pagos

**HIE:** We participate in a health information exchange. Other health care providers will use the same common electronic medical record to document and review the health care services they provide to you.

**HIE:** Participamos en un Intercambio de información médica. Otros proveedores de atención médica usarán el mismo registro médico electrónico común, para documentar y revisar los servicios de atención médica que le brindan.

**Opt-Out:** If you do not want your personal or medical information automatically entered into or disclosed through HIE, please let us know by completing the HIE Opt-Out Form at Registration points throughout the health system. Please allow 10 business days for us to process your Opt-Out Request. Information released to HIE prior to processing of Opt-Out Form may remain in HIE.

**Exclusión:** Si desea que su información personal o médica no se ingrese de manera automática en el HIE ni se divulgue a través de él, infórmenos al respecto completando el formulario de exclusión del HIE en los puntos de registro de todo el sistema de salud. Deberá aguardar 10 días hábiles hasta que procesemos su solicitud de exclusión. Es posible que la información divulgada al HIE antes del procesamiento del formulario de exclusión permanezca en el HIE.

Please note that you must also Opt-Out separately with each of your physician and other providers who may participate in HIE.

Tenga en cuenta que también debe solicitar la exclusión de manera separada con cada uno de sus médicos y otros proveedores que puedan participar en el HIE.

**Patient Portal / Other Patient Electronic Correspondence** We may use and disclose information through a patient portal which allows you to view certain parts of your medical (e.g. lab results) and billing information securely.

**Portal del paciente/Otra correspondencia electrónica del paciente** Podemos usar y divulgar información a través de un portal para el paciente, que le permite ver ciertas partes de su información médica (por ejemplo, resultados de laboratorio) y de facturación de manera segura.

**In general, other uses and disclosures of your medical information not described in our full Notice of Privacy Practices will require your written authorization.** For example, Most uses and disclosures of psychotherapy notes, uses and disclosures for marketing purposes and disclosures that constitute the sale of PHI require an authorization.

**En general, otros usos y divulgaciones de su información médica que no se describen en nuestro Aviso de prácticas de privacidad completo requerirán su autorización escrita.** Por ejemplo, la mayoría de los usos y las divulgaciones de las notas de psicoterapia, los usos y las divulgaciones para fines de comercialización y las divulgaciones que constituyen la venta de información médica protegida requieren una autorización.

**Your Privacy Rights:**

**Sus derechos a la privacidad:**

You have the following rights with respect to your health information:

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- The right to request confidential communications and alternative means of communication with you.
- The right to request restrictions on certain uses of your health information (including restriction of your information to your insurance company when you have paid in full)
- The right to inspect and copy certain medical information that we maintain.
- The right to request an amendment of your health information.
- The right to an accounting of certain disclosures of your health information.
- The right to receive notice of a breach of your unsecured health information.
- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales y medios alternativos de comunicación con usted
- El derecho a solicitar restricciones en ciertos usos de su información médica (incluida la restricción de su información a su compañía aseguradora cuando ha realizado el pago total)
- El derecho a inspeccionar y obtener una copia de determinada información médica que consta en nuestros registros
- El derecho a solicitar una enmienda a su información médica
- El derecho a obtener una contabilización de ciertas divulgaciones de su información médica
- El derecho a recibir un aviso sobre una violación de su información médica no protegida

**Changes to the Notice:** We reserve the right to change the Notice. We will post any revised Notice in our facilities and on our website at [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

**Cambios en el aviso:** Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Publicaremos los avisos revisados en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web, en [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

**Complaints:** If you believe your rights have been violated, you may file a written complaint with the Health System addressed or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.

**Reclamaciones:** Si cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una reclamación por escrito ante el sistema de salud abordado o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Copy of Our Complete Notice:** Copies of our full Notice of Privacy Practices are available within our facilities at primary registration sites and on our website at [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot). We will be happy to provide you a copy upon your request.

**Copia de nuestro aviso completo:** Las copias de nuestro Aviso de prácticas de privacidad completo están disponibles en nuestras instalaciones, en los sitios principales de registro y en nuestro sitio web, en [www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot](http://www.methodisthealth.org/patients-guests/patient-privacy-practices.dot)

guests/patient-privacy-practices.dot. Le proporcionaremos con gusto una copia cuando la solicite.

HIPAA/NOTICE OF PRIVACY PRACTICES SEPTEMBER 2013.doc

## Notificación en contra de la discriminación y sobre requisitos de accesibilidad

### EL DISCRIMINAR ES CONTRA LA LEY

Methodist Le Bonheur Healthcare (“MLH”) cumple con las leyes federales pertinentes sobre derechos civiles y no discrimina debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. MLH no excluye a ninguna persona ni les trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

MLH además:

- ofrece asistencia y servicios gratuitos a las personas discapacitadas, para comunicarse con nosotros de manera eficaz. Esto comprende:
  - intérpretes de lenguaje de señas cualificados,
  - información por escrito en otros formatos (letra o caracteres grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos),
- ofrece servicios de interpretación gratuitos a aquellas personas cuyo idioma primario no sea el inglés, lo cual comprende:
  - intérpretes cualificados, e
  - información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita alguno de estos servicios, contacte a Loretta M. Hinton, Directora Ejecutiva de Regulaciones Corporativas y Coordinadora de Derechos Civiles para MLH. Su información de contacto aparece aquí abajo.

Si usted cree que MLH no ha provisto estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar su queja a la Coordinadora de Derechos Civiles:

Loretta M. Hinton, Chief Compliance Officer  
Methodist Le Bonheur Healthcare  
1211 Union Avenue, Suite 700  
Memphis, TN 38104  
Número de teléfono: 901-516-0560  
Fax: 901-516-0569  
Correo electrónico: [Loretta.hinton@mlh.org](mailto:Loretta.hinton@mlh.org)

Usted puede presentar su queja en persona, por correspondencia, fax o por correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, la Coordinadora de Derechos Civiles está disponible para asistirle.

Asimismo, puede presentar su queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Derechos Humanos de los EE.UU., (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Puede hacerlo electrónicamente a través de su portal de internet para Quejas hacia la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), visitando la dirección <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correspondencia o telefónicamente a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Número telefónico: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios necesarios para presentar su queja, en:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Válido a partir del 14 de octubre de 2016

## Notice About Nondiscrimination and Accessibility Requirements

### DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Methodist Le Bonheur Healthcare (“MLH”) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MLH does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

In addition, MLH:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
  
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact MLH’s Civil Rights Coordinator, Loretta M. Hinton, MLH Chief Compliance Officer, whose contact information appears below.

If you believe that MLH has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator at:

Loretta M. Hinton, Chief Compliance Officer  
Methodist Le Bonheur Healthcare  
1211 Union Avenue, Suite 700  
Memphis, TN 38104  
Telephone: 901-516-0560  
Fax: 901-516-0569  
Email: [Loretta.hinton@mlh.org](mailto:Loretta.hinton@mlh.org)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Telephone: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Effective October 14, 2016

# INTERPRETATION SERVICES NOTIFICATION

This facility provides interpretation services free of charge for Limited English Proficient patients.

**English Source Text:** Do you speak [language]? We will provide an interpreter at no personal cost to you.

<p><b>Albanian</b> Shqip</p> <p>Filsi shqip? Ne do t'ju sigurojm një përkthyes pa asnjë kosto personale për ju.</p>	<p><b>Lao</b></p> <p>ເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວບໍ່? ພວກເຮົາຈະຈັດຕັ້ງ ພັນຍາກາໃຫ້ໄດ້ເໝາະສົມຕໍ່ທ່ານ.</p>
<p><b>Arabic</b> اللغة العربية</p> <p>هل تتحدث اللغة العربية؟ سوف نوفر لك مترجماً فوراً بدون أي تكلفة عليك.</p>	<p><b>Mandarin</b> 中文</p> <p>您讲汉语吗？我们将免费为您提供翻译。</p>
<p><b>Cambodian</b> ភាសាខ្មែរ</p> <p>តើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរដែរទេ? យើងផ្តល់ សេវាបកប្រែសម្រាប់អ្នកដោយ គ្មានគិតថ្លៃគ្រាន់តែជូនដំណឹងប៉ុណ្ណោះ។</p>	<p><b>Nepali</b> नेपाली</p> <p>तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ? हामी तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा दोस्राए उपलब्ध गराउने छौं।</p>
<p><b>Cantonese</b> 粵語</p> <p>您講粵語嗎？我們將免費為您提供翻譯。</p>	<p><b>Portuguese</b> Português</p> <p>Fala português? Vamos facultar-lhe um intérprete, sem custos para si.</p>
<p><b>Choctaw</b> Chahta</p> <p>Chahta ish anumpuli yo? Toshih ya peh pilla ho e chih atahla hinia.</p>	<p><b>Punjabi</b> ਪੰਜਾਬੀ</p> <p>ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ? ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਖਿਲਾਫ਼ ਕਿਸੇ ਟਿੱਕੀ ਲਾਗਤ ਦੇ ਖਿੱਕ ਦੁਬਾਰੀਯਾ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਂਗੇ।</p>
<p><b>Farsi</b></p> <p>فارسی صحبت می کنید؟ یک مترجم شفاهی رایگان در اختیارتانما قرار خواهیم داد.</p>	<p><b>Quiche</b> K'iche'</p> <p>(Kach'aw pa K'iche'? Kaabaya' jun q'oxel tzij chi awech xa k'u man tojtal ta).</p>
<p><b>French</b> Français</p> <p>Parlez-vous français? Nous vous fournirons gratuitement un interprète.</p>	<p><b>Romanian</b> Română</p> <p>Vorbiți românește? Vă vom asigura gratis un interpret.</p>
<p><b>French Creole</b></p> <p>Èske ou pale Kreyòl Ayisyen? N ap ba ou yon entènèt gratis.</p>	<p><b>Russian</b> Русский</p> <p>Вы говорите по-русски? Мы обеспечим бесплатно предоставление вам переводчика.</p>
<p><b>German</b> Deutsch</p> <p>Sprechen Sie Deutsch? Wir stellen Ihnen unentgeltlich einen Dolmetscher zur Verfügung.</p>	<p><b>Somali</b> Af Soomaali</p> <p>Ma ku hadashaa Af Soomaali? Waxaan kuu helaynaa tarjumaan bilaa lacag ah.</p>
<p><b>Gujarati</b> ગુજરાતી</p> <p>તમે ગુજરાતી બોલો છો? અમે ઉપલબ્ધતા કુશળિયો પૂરો પાડીશું. જેનો ખર્ચ તમારે ઉપાડવાનો રહેશે નહીં.</p>	<p><b>Spanish</b> Español</p> <p>(¿habla español? Le proporcionamos un intérprete sin costo alguno para usted.</p>
<p><b>Hindi</b> हिन्दी</p> <p>क्या आप हिन्दी बोलते हैं? हम आपके लिए बिना किसी तिमी लागत के एक दुभाषिया को उपलब्ध करावेंगे।</p>	<p><b>Sudanic/ Fulfulde/ Fulani</b></p> <p>A don wolwa Fulfulde? Min kobante passiroowo naa maa a yobil.</p>
<p><b>Italian</b> Italiano</p> <p>Parla italiano? Le forniremo gratuitamente un interprete.</p>	<p><b>Tagalog</b> Tagalog</p> <p>Nakapag-aasalita ka ba ng Tagalog? Magbibigay kami ng tagasa'in nang wala kang personal na babayaran.</p>
<p><b>Japanese</b> 日本語</p> <p>日本語を話しますか？ 個人的な負担 なしで通訳を提供致します。</p>	<p><b>Turkish</b> Türkçe</p> <p>Türkçe konuşuyor musunuz? Şahsınıza ait hiçbir masraf olmadan size bir tercüman temin edeceğiz.</p>
<p><b>Korean</b> 한국어</p> <p>한국어를 사용하십니까? 무료로 통역 서비스를 제공해 드리겠습니다.</p>	<p><b>Vietnamese</b> Tiếng Việt</p> <p>Quý vị nói được tiếng Việt không? Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí cho quý vị.</p>

Be treated well.



Courtesy of CyraCom, LLC.

PH000001 1/04